様式第6号(第16条関係)

親　ひとり親家庭等医療費助成事業医療助成費支給申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 支給決定額 | ＊　　　　　　円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 負担者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 世帯主組合員／被保険者氏名 | 　 |
| 受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 保険の種類 | 1国保　　2組合　　3政管4日雇　　5船員　　6共済 | 被保険者証記号番号 | 　 |
| 保険者名 | 符号 | 　 | 名称 | 　 |
| 対象者氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請の種類 | 1　　一般　　2　　歯科　　3　　薬剤　　4　　看護5　　移送　　6　　補装具　7　　その他 |
| 入院・入院外の別 | 入　院　・　入 院 外 |
| 診療等を受けた期間 | 　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 医療費総額 | 　 |
| 支給申請額 | 　 |
| 病院等の名前所在地 | 　 |
| 申請の理由(詳細に記入) | 　 |
| 　　支給額は、下記の口座にお振込み下さい |
| 振込先金融機関 | 銀行　　　　店 | 1　普通2　当座 | 口座番号 |
| 口座番号 |
| 　上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成事業の医療助成費の支給を申請します。年　　月　　日　　山北町長　殿住所　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印 |

　(備考)1　＊印欄は記入しないでください。

　　　　2　番号をつけてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

　　　　3　町の国民健康保険以外の保険に加入している方は、保険の療養費支給決定通知書又は領収書を添えて申請してください。なお、保険で附加給付のある場合は申し出てください。